

Guide for Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance / Mutual Aid Pension 【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】
 Claim for Old Age / Disability Pension 老齢・障害を支給事由とする年金給付

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定

Convention en matière de Sécurité sociale entre le Japon et le Royaume de Belgique
 国民年金・厚生年金保険裁定請求書（老齢、障害を支給事由とする年金給付）

Demande de pension nationale / Assurance Pension pour Travailleurs salariés
 (先済組合への厚生年金保険裁定請求書適用)
 (Pour Pension de Retraite / d'Invalité)
 (Egalement à utiliser pour la demande de décision pour
 l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés auprès de
 l'Association d'Assistance mutuelle)

※この請求書は、ベルギーの保健機関の窓口提出用です。
 Ce formulaire de demande est destiné uniquement à l'organisme de
 pension belge

※日本保険者により記入される欄
 A compléter uniquement par les
 organismes de l'Union japonaise

B/J1 白一日

ベルギー家庭滞在記入欄
 Pour utilisation par l'organisme de
 pension belge
 受付日が記入されたスタンプ
 Cachet indiquant la date de réception

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
 Numéro de pension Japonaise de base ou numéro de livret
 de pension

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ベルギーの社会保険番号
 Numéro d'identification de la sécurité sociale belge

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

申請のあった給付の種類 / Nature de la prestation demandée
 若齢を支給事由とする年金 / Retraite 障害を支給事由とする年金 / Invalité

1. 申請者に關する情報 / Demandeur

| | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|---|
| ①氏名 Nom de famille | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana | ②氏名 Prénom | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana |
| ③性別 Sexe | <input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme | ④生年月日 Date de naissance | 年 / A 月 / M 日 / J |
| ⑤住所 Adresse | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana | | |
| ⑥電話番号 Numéro de téléphone | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana | | |

2. 配偶者に關する情報 / Conjoint(e) du demandeur

| | | | |
|--|---|----------------------------|---|
| ①氏名 Nom de famille | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana | ②氏名 Prénom | ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana |
| ③性別 Sexe | <input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme | ④生年月日 Date de naissance | 年 / A 月 / M 日 / J |
| ⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de pension Japonaise de base ou numéro de livret de pension | | | |

You can find your Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook on your Notice of Basic Pension Number or on your Pension Handbook.

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります。

- ①、② and ⑤: Please capitalize in Roman letters. (Same for the rest of this form)
 - Also, you may fill them in "in Katakana letters", if they are available. (Same for the rest of this form)

- ①、②、⑤のローマ字は、大文字で記入してください。
- ①、②、⑤の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字を記入してください。

If you have an eligible spouse, please fill in this section.
 An eligible spouse includes a de facto spouse (common-law spouse) to whom you are not legally married.

配偶者がいるときに記入してください。なお、配偶者とは、婚姻の届出はしていないが、事実上あなたと婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

For "Type of benefits claimed", please check the appropriate box to indicate the benefit you are claiming.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をエックしてください。

Please enter the four-digit year and two-digit month, such as "1955 12 15" for December 15, 1955. (Same for the rest of this form)

年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1955年12月15日

If you have an eligible child(ren), please fill in this section.

An eligible child is a child who on March 31, is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

子がいるときに記入してください。子は18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限ります。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.

銀行の名前及び支店名はアルファベットの大字で記入してください。

- Section 5.1: Please indicate whether you are receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for old age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems). If so, please enter the name of the public pension system, type of pension, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate. If you are receiving more than one public pension, please attach the additional information.

If you are receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

- Section 5.2: Please indicate information about your spouse's benefit, if applicable, in the same manner indicated above.

5. 1は申請者が日本国の公的年金制度等から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受け手となった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入してください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報を記入してください。なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

5. 2は配偶者について上記と同じ要領で記入してください。

| 3. 子に関する情報 / Enfant du demandeur | | ローマ字 / En lettres romaines | |
|--|---|----------------------------|-------------------------------|
| ①氏名 Nom de famille | カタカナ / En caractères Katakana | ②姓 Prénom | カタカナ / En caractères Katakana |
| ③性別 Sexe | <input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme | ④生年月日 Date de naissance | 年 / A 月 / M 日 / J |
| ⑤障害者の状態 ⑥障害者の状態 あり/あり あり/あり あり/あり あり/あり | <input type="checkbox"/> あり / Oui <input type="checkbox"/> ない / Non | | |

| 4. 支払金受給に関する情報 / Désignation d'un organisme financier qui percevra les prestations | | ローマ字 / En lettres romaines | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
| ①銀行の名前 Nom de la banque | カタカナ / En caractères Katakana | ②口座番号 Numéro de compte | カタカナ / En caractères Katakana |
| ③本店又は支店 Siège central ou nom de l'agence | 本店 / Siège central 支店 / Agence | ④銀行の住所 Adresse de la banque | カタカナ / En caractères Katakana |
| ⑤障害者の状態 ⑥障害者の状態 あり/あり あり/あり あり/あり あり/あり | <input type="checkbox"/> あり / Oui <input type="checkbox"/> ない / Non | | |

| 5. 申請者が現在受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension légale japonaise que vous recevez | | ローマ字 / En lettres romaines | |
|---|-------------------------------|--|-----------------------|
| 申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 L'applicant(e) a-t-il/elle déjà une pension légale japonaise? | | | |
| ①制度名 Nom du régime | カタカナ / En caractères Katakana | ②支給を受けることになった年月日 Date de début de la prestation | 年 / A 月 / M 日 / J |
| ③年金の種類 Nature de la pension | 老齢を支給事由とする年金 / Retraite | ④障害を支給事由とする年金 / Invalidité | 死亡を支給事由とする年金 / Survie |
| ⑤年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension | | ⑥障害を支給事由とする年金 / Invalidité | 死亡を支給事由とする年金 / Survie |
| 申請者は既に日本国の公的年金を受給していませんか。 L'époux (se) du demandeur perçoit-il/elle une pension légale japonaise ? | | | |
| ①制度名 Nom du régime | カタカナ / En caractères Katakana | ②支給を受けることになった年月日 Date de début de la prestation | 年 / A 月 / M 日 / J |
| ③年金の種類 Nature de la pension | 老齢を支給事由とする年金 / Retraite | ④障害を支給事由とする年金 / Invalidité | 死亡を支給事由とする年金 / Survie |
| ⑤年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension | | | |

Applicable public pension systems

- A. National Pension Law
- B. Employees' Pension Insurance Law
- C. Seaman's Insurance Law (Only before April 1986)
- D. Law concerning Mutual Aid Association for National Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials] after October 2015)
- (Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- E. Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials] after October 2015)
- (Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- F. Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel] after October 2015)
- G. Law concerning Mutual Aid Association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees
- H. Law concerning Public Servants' Pension
- I. Local Government Ordinance concerning Retirement Pension for Local Public Officials
- J. Law concerning Mutual Aid Association for Miners at Government-owned YAWATA Works of Nippon Steel Co.
- K. Supplementary Provision Article No. 13 of the District Court Special Officials Law
- L. Law concerning Special Measures for Former MAAs' Beneficiaries
- M. Law for Relief of War Victims and Survivors

公的年金制度一覧

- ア 国民年金法
- イ 厚生年金保険法
- ウ 船員保険法 (1986年4月以後を除く)
- エ 国家公務員共済組合法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (国家公務員共済組合法)を含む。)
- オ 地方公務員等共済組合法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (地方公務員共済組合法)を含む。)
- カ 私立学校教職員共済法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (私立学校教職員共済法)を含む。)
- キ 農林漁業団体職員共済組合法
- ク 恩給法
- ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
- コ 日本製鉄八幡共済組合
- サ 執行官法附則第13条
- シ 法令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
- ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法

If you are not sure of the specific dates, enter as much information as you know, such as month or season, e.g. summer of year xxxx.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入してください。

- Please enter your history of coverage under Japanese public pension systems in chronological order from the oldest/first coverage to the most recent one.

- If your address changed during the time you were covered by the National Pension, please specify the old address and the period of residence.

- If there was any change in name or address of a workplace or if you were transferred between branch offices while you were covered under the Employees' Pension Insurance and Service (Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's headquarters is located, if this applies to you, enter the address of the workplace where you were enrolled in the EPI.

- Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.
 ・詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。
 ・また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届け出たようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Avez-vous de l'assurance auprès des régimes de pension japonais
 日本の公的年金制度の加入履歴を、できるだけ詳しく正確に記入してください。
 Complétez aussi précieusement que possible l'historique détaillé de votre assurance sous le régime légal de pension.

| 加入期間 (年/月/日) Périodes d'assurance Du / Au / M/J/J | 事業所(船積荷有船)の名称及び船積であったときはその船舶名 / Nom du lieu de travail ou du propriétaire du navire au cas où vous étiez membre d'équipage à bord d'un navire Pension nationale | 事業所(船積荷有船)の所在地又は国(年金加入時) Propriétaire du navire ou votre ancienne adresse, au moment où vous avez été enregistré pour la pension nationale | 加入していた年金制度等(注) Régime de pension auquel le demandeur était assuré(e) (*) |
|---|--|---|---|
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |
| / / から / / まで | | | |

(注) 国民年金「1」、厚生年金保険(船積・共済組合を除く。)は「2」、厚生年金(船積) 保険は「3」、厚生年金保険(共済組合)は「4」を記入してください。厚生年金保険(共済組合)「4」の場合は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入してください。また、船積等により、加入当時の住所が現在の名前と異なる場合は、この欄に加入当時の住所を記入してください。
 (*) Correspond le numéro de la manière suivante: "1" pour Pension nationale, "2" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés (à l'exclusion d'Assurance pour les marins / Associations d'Assurance mutuelle), "3" pour Pension pour Travailleurs salariés (Marins), "4" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assurance mutuelle). Dans le cas de "4", Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assurance mutuelle), veuillez également préciser dans cette autre cause pendant la période d'assurance, mentionnez-le dans cette colonne.

最後に勤務した事業所が現在勤務している事業所について
 A propos du lieu de votre dernière/actuelle occupation

| | |
|--|--|
| ① 名称 Nom | |
| ② 船積保険の船積荷有船の船積番号 (注)または記入 Numéro de code de votre certificat d'assurance soins de santé pour travailleurs salariés (si disponible) | |
| 個人で保険料を納める船積荷有船者、船積保険の年金(船積)被保険者となったことがありませんか。 Étiez-vous une personne assurée de type 4 ou une personne assurée volontaire et permanente sous l'assurance pour marins? | <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non |
| ① 船積保険者の船積番号 Référence du numéro de code de la personne assurée | |
| ② 保険料を納めた期間 Période pour laquelle les cotisations d'assurance ont été payées | 年 / A 月 / M 日 / J 月 / J 年 / A 月 / M 日 / J |
| ③ 保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nom du Centre des services des pensions (Nom du Bureau de l'assurance sociale) auquel les cotisations d'assurance ont été payées | |

Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of Section 6.
 欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Please enter the address. You must at least provide the name of the county, city or ward, if you do not know the details.

Some employees who are actually working in the Osaka branch office of a company may have been enrolled in the Employees' Pension Insurance (EPI) at the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's headquarters is located. If this applies to you, enter the address of the workplace where you were enrolled in the EPI.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

・詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。
 ・また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届け出たようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

Please enter the official name of the workplace which was reported to the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) during the time you were covered.

As for workplaces, enter the specific name of the branch offices or factory as well, such as Tokyo branch office of corporation A.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.
 If available, enter the Japanese name.

・被用者年金制度に加入していたときに年金事務所(社会保険事務所)に届出された正式な名称を記入してください。
 ・また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入してください。
 ・なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語で記入してください。

If you are claiming a disability benefit, please complete this section.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour la demande d'une indemnité d'incapacité de travail

| | | | |
|---|--|---|-------|
| 請求の区分 Nature de la Demande | <input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Demande d'indemnité en raison d'une incapacité de travail pendant le paiement de cotisations | <input type="checkbox"/> ②障害認定による請求 Demande d'indemnité en raison d'un sur-avertissement d'incapacité de travail | |
| ②の場合、退玉に①による請求をしたことがありますか。 Si le ② ci-dessus est d'application, avez-vous précédemment fait la demande pour le ①? | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non | |
| 退玉に日本国の公的年金を支給事由とする年金を受給しましたか。 Avez-vous perçu une pension légale japonaise d'incapacité de travail? | <input type="checkbox"/> はい / Oui | <input type="checkbox"/> いいえ / Non | |
| 年金の名称 / Nom de la pension | | | |
| 年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension | | | |
| ③ 疾病について / À propos de maladies/lésions | | | |
| ① 疾病名 / Nom de la maladie/lésion | 年 / A | 月 / M | 日 / J |
| ② 疾病の発症した日 / Date de début | 年 / A | 月 / M | 日 / J |
| ③ 初診日 Date du premier examen médical | 年 / A | 月 / M | 日 / J |
| ④ 初診日において加入していた公的年金制度 / Régime légal de pension où vous étiez affilié au moment de votre premier examen médical | <input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistants mutuels) <input type="checkbox"/> ベルギー社会保険 / Sécurité sociale belge | | |
| ⑤ 初診が認定して治療の効果が見られなくなった日 / Date à laquelle l'état de la maladie/lésion se stabilise et où l'on n'attend plus de subvenir par traitement médical | 年 / A | 月 / M | 日 / J |
| ⑥ 疾病の原因は職務上ですか。 La maladie/lésion a-t-elle été causée par le travail? | <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non | | |
| ⑦ この疾病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 Entrez-vous en ligne de compte pour cette maladie/lésion ou une demande est-elle en cours d'examen pour les avantages relevant des régimes énumérés ci-contre ? | <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents des Ouvriers <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents du Personnel de l'Administration nationale <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents du Personnel des Administrations locales <input type="checkbox"/> 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公費負担制度に関する法律 / Législation sur l'indemnisation des Accidents professionnels pour les Médecins, Dentistes et Pharmaciens au service de l'Enseignement officiel | | |
| ⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Nature des prestations, si vous avez droit aux prestations sous ⑦ | <input type="checkbox"/> 障害給付 / Allocation d'incapacité de travail (Indemnité d'incapacité de travail) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Allocation d'Invalidité (Pension d'Invalidité) | | |
| 支給の発生日 Date du début du droit à la prestation | 年 / A | 月 / M | 日 / J |
| ⑨ 疾病の原因は第三者行為によりですか。 La maladie/la blessure a-t-elle été causée par un tiers? | <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non | | |

申請者の署名 / Signature

Section 7.1: Please check one of the two types of claim below:

- ① Claim for benefits based on the onset of disability while contributing: If you have a certain level of disability on the day when the one year and six months has elapsed since your first medical examination of the sickness or injury, you can claim this benefit. You can also claim this benefit if you recover from your sickness or injury at an earlier date than the one year and six months. If this applies, the effective date will be the day of recovery. Please note you need to have certain periods of coverage to be eligible.
- ② Claim for benefits based on advanced degree of disability: If the conditions of ① above do not apply to you, you can still claim this benefit if your disability advances to a certain level at a later date. Please note you must apply before you attain age 65. You are entitled to the benefit the month following the month of your claim.

7. 1は、障害認定日による請求又は事後重症による請求のいずれか該当する欄をチェックしてください。

- ① 障害認定日による請求
障害給付は、病気又はケガによって初めて医師の診察を受けた日(初診日)から1年6ヶ月目(その期間内に治ったときにはその日)に一定の障害の状態があるときに受けられます。(ただし、一定の資格期間が必要です。)
- ② 事後重症による請求
①に該当しなかった方でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行わなければならない場合があります。また、年金は請求した月の翌月分から支給されます。